e Numéro : 10 CENTIMES — N° 81 — 3 Octobre 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Départements. . . . . 7 fr.
. . . . . 10 fr.
nements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION
CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

PHONATION, par M. PIERRE BONNIER. . . 513
URE ET DÉSINSERTION DU MÉSENTÈRE UNE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE, P. COLLE. 515

ANALYSES

e : Un cas de diabète chez un enfant de sept ans, STERLING. — Diagnostic clinique du bacille ty- par M. G. POLLAK. 516
ie : Décollement traumatique de l'épiphyse humé- érieure, par M. A. LEY. — Pyohémie gonococci- M. G. SINGER. — Un cas d'opération d'Estlan- une enfant, par M. PREETORIUS. 517
gie et Psychiâtrie : De la tuberculose cen- la moelle épinière, par M. H. SCHLESINGER. — ons du cerveau dans l'épilepsie et chez les cri- par M. RONCOROMI. — Contribution à l'étude des médullaires dans l'anémie pernicieuse progres- M. JEICHMULLER 517
s des voies urinaires : La vessie irritable femme, par M. JACOBS. — Leucoplasies et can- dans l'appareil urinaire, par M. N. HALLÉ . . . 517
gie, Otologie, Laryngologie : De quel- ficultés de l'intubation et des moyens d'y remé- M. CORRADI. — L'otite moyenne tuberculeuse, MONSCOURT. — Traitement des laryngosténoses es, par M. MASSEI. 518
utique et Matière médicale : La musique thérapeutique, par M. BESTSCHINSKY. — Action résol sur quelques microbes pathogènes, par BRONSTEIN. — La lorétine comme antiseptique, S. SCHANIAVSKY. — Traitement de la malaria enfants, A. FEUCHTWANGER. — Trional et sulfo- M. J. VON MERING. — Traitement du cancer par de chelidonium majus, par M. N. DENICENUO. 518
apie, Opothérapie : Recherches critiques et entales sur le sérum antidiphtérique ; son ac- l'organisme, ses accidents, par M. GASTON POIX. de sérothérapie expérimentale antituberculeuse lu sang de poules traitées, par M. AUCLAIR. . . 520
e publique et hygiène : De la toxicité de alfureux et des sulfites au point de vue de la pré- des conserves alimentaires, par M. H. KIONKA. au distillée obtenue à bord des bateaux par la on de l'eau de mer, par F. LUDTKE 520
Congrès international de Moscou. . CCCLXVIII
nt de la rétrodéviation utérine, par R18. CCCLXVIII

E CONGRÈS INTERNATIONAL DE MOSCOU

ports pour les médecins israélites. — nné qu'un grand nombre de médecins et pro- allemands, et non des moins distingués, appar- à la religion israélite, M. Virchow avait décidé omité local allemand du Congrès international mencerait à fonctionner que lorsque la ques- autorisation pour les médecins juifs étrangers rner en Russie serait résolue par l'affirmative. te de dire, ainsi que nous avons pu l'apprendre d'une source officieuse, que le Comité d'organisation du XIIe Congrès s'occupait déjà depuis longtemps de la question des passeports pour les médecins étrangers israélites et espérait aboutir à la solution désirée. Le *Münchener Medicinische Wochenschrift* vient de recevoir de Saint-Pétersbourg, un télégramme de M. Virchow, ainsi conçu : « Tous les consuls russes sont autorisés à viser les passeports de tous les médecins, qu'ils appartiennent à la religion chrétienne ou juive, qui exprimeront le désir de venir à Moscou, pour prendre part aux travaux du Congrès International de 1897 ».

Questions mises à l'ordre du jour par la section des maladies nerveuses et mentales. — MM. Kojevnikoff, Korsokoff et Rot, qui dirigent cette section, ont proposé, à l'une des séances de la *Société des aliénistes et neuropathologistes de Moscou*, 12 questions à mettre à l'ordre du jour pour le futur Congrès. De ces 12 questions, les savants étrangers et russes devront définitivement en choisir six (on pourra également en proposer d'autres). Voici la liste des questions mises à l'ordre du jour :

Maladies nerveuses. — 1° Pathologie de la cellule nerveuse ; 2° Pathogénie de la syringomyélie ; 3° Chirurgie du système nerveux central ; 4° Paralysies spasmodiques des enfants ; 5° Traitement de la maladie de Basedow ; 6° Pathogénie du tabes dorsalis.

Maladies mentales. — 1° Pathogénie des hallucinations et des pseudo-hallucinations ; 2° Symptômes de passage, dans les maladies mentales, du stade de guérison possible au stade d'incurabilité, ou de guérison tardive ou de démence précoce ; 3° Des auto-intoxications dans les maladies mentales ; 4° Distinction de la paralysie générale progressive d'avec les formes analogues de troubles mentaux ; 5° Transformation des asiles d'aliénés, en rapport avec la question du traitement des aliénés par le séjour au lit et l'établissement de services d'observation ; 6° Hypnotisme et suggestion dans le traitement des psychoses ; son étude médico-légale.

Ce programme n'est que provisoire puisque, ainsi que nous l'avons dit plus haut, des modifications pourront y être apportées par les savants auxquels sera soumis le choix définitif.

Démission de M. Erismann. — M. Th. Erismann, de la Faculté de médecine de Moscou, secrétaire général du XIIe Congrès International, a donné sa démission comme professeur et retourne dans son pays natal, la Suisse. Cette nouvelle a causé une vive émotion dans le monde scientifique russe, car M. Erismann est un des hommes de science les plus distingués, qui a consacré les meilleures années de sa vie au service de sa patrie adoptive ; aussi était-il très aimé en Russie. La nouvelle de son départ a été accueillie avec un vif regret par tous ses collègues, amis et élèves.

TRAITEMENT

DE LA RÉTRODÉVIATION UTÉRINE

Par M. DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux.

La rétrodéviation n'est pas un symptôme ou une partie élémentaire d'un syndrome, comme on l'a dit. Elle est en réalité une conséquence pathologique de causes multiples et différentes selon les cas, non une entité morbide. Mais cette conséquence, comme toute anomalie pathologique, devient nécessairement la source de troubles qui lui appartiennent en propre.

I

L'association de la rétrodéviation avec la métrite, la paramétrite, la salpingo-ovarite, lésions tantôt primitives ayant joué un rôle exclusif ou partiel dans la production du déplacement utérin, tantôt concurrentes ou secondaires et jouant, en tout cas, le rôle de complications sérieuses, permet d'établir une première catégorie spéciale.

Dans cette catégorie, il est resté classique de considérer la déviation comme d'importance accessoire ; mais c'est là une vue théorique qui ne se peut vérifier que lorsqu'on a acquis, pour chaque cas, la certitude que la cure des lésions inflammatoires utérines et périutérines a fait cesser absolument tous les symptômes morbides sans exception.

Mon expérience sur plus de *quatre cents* rétrodéviations observées en douze ans d'une façon suivie, sur lesquelles deux cents environ ont été traitées par des opérations simples et limitées d'abord, plus judicieusement et plus complètement associées ensuite, m'a donné cette première conviction que le traitement de la *métrite* ne suffit pas.

Celui de la *salpingo-ovarite* ne saurait valoir que si, par l'ablation complète des annexes, plus ou moins atteintes, on a tué le fonctionnement génital et provoqué l'atrophie et la mort de l'organe utérin.

En cas de troubles modérés et unilatéraux du côté de la trompe et de l'ovaire, tantôt récents, tantôt anciens, en cas aussi d'adhérences directes de l'utérus au bassin, de même lorsqu'il s'agit de tumeurs fibreuses commençantes ayant causé la rétrodéviation, la précédente solution ne s'applique point, tout

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE LA
TÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
GILLIARD, P. MONNET & CARTIER, Lyon
SEULE CONCESSIONNAIRE
BREVETS ET DES PROCÉDÉS TRILLAT
POUR LA DÉSINFECTION A DOMICILE
DÉHYDE FORMIQUE ET LE FORMOCHLOROL
Pour licences en France et à l'Étranger
ser à l'administration, 8, quai de Retz, Lyon
LA DÉSINFECTION A PARIS ET LA RÉGION
ICIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION A DOMICILE
tion et Bureaux : 21, rue Godot-de-Mauroi, Paris.

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
COTON IODÉ DU Dr MÉHU
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.
RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
VIN MOISAN COCA & KOLA
LE MÊME SALICYLÉ
Contre Ferm intestin, Diarrhées, Sueurs nocturnes des Phtisiques.
Le préférer au Todd et à la Potion cordiale dans tous les cas.

VICHY-CÉLESTINS
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
CARABANA — *Purge et Guérit.*
ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

ETUDIANT EN MÉDECINE ayant fait un stage de trois ans dans les hôpitaux maritimes, pourvu de son premier examen de doctorat depuis deux ans, ayant une certaine pratique médicale et chirurgicale, demande un emploi lui facilitant la continuation de ses études.

gynécologue s'en tenant alors à des pratiques conservatrices, autant que cela est possible.

Comme d'ailleurs, dans beaucoup de ces cas, l'ouverture de l'abdomen s'impose, ce n'est ni compliquer l'intervention, ni faire œuvre inutile que de la terminer par une opération réductrice, en agissant sur les ligaments ronds ou sur le tissu utérin lui-même, quelle que soit la voie adoptée, cœliotomie vaginale ou cœliotomie abdominale.

Comme restriction à ce qui précède, je dois dire que préalablement à l'intervention définitive, dans cette catégorie de cas, j'essaie longuement et par tous les moyens, d'obtenir la cure des lésions inflammatoires utéro-annexielles.

En cas de succès de ce côté, deux avantages sont obtenus : 1° on peut juger de l'importance et de la gravité des symptômes morbides persistants; 2° on peut s'abstenir de pratiquer l'ouverture de l'abdomen.

Les indications pour l'opération, visant dès lors uniquement la déviation débarrassée des lésions accessoires, cessent d'être théoriques pour devenir éminemment rationnelles et défier toute discussion.

Malheureusement, il ne m'est pas permis d'affirmer que la guérison des lésions inflammatoires siégeant dans le bassin, surtout si elles sont d'ancienne date, soit toujours obtenue par les procédés de douceur. Ces procédés exigent aussi, sauf exception pour les annexites récentes, une longue temporisation. L'ouverture de l'abdomen s'impose donc pour une certaine proportion de cas. C'est à des récidives de salpingo-ovarite mal ou insuffisamment guéries, que j'ai dû d'observer quelques échecs par le raccourcissement des ligaments ronds, dans les premières années que je pratiquais cette opération.

Toutefois, le plus grand nombre des cas ne récidive pas, et c'est avec un grand bénéfice, que chez des femmes accouchées depuis quelques mois seulement et affectées de rétrodéviation avec annexite peu adhérente, ou chez des femmes atteintes de lésions salpingo-ovariques plus anciennes mais déjà en voie de guérison, j'ai pu me contenter d'opérations pratiquées par l'extérieur ou de traitement plus simples encore.

J'ai pratiqué, dans des circonstances variées, mais répondant aux formes visées ci-dessus, 33 hystéropexies directes ou indirectes, c'est-à-dire la suture de l'utérus seul à la paroi abdominale, ou la suture des ligaments ronds raccourcis, dans la plaie, ou la combinaison des deux que j'ai le premier exécutée en 1890. (*Thèse* de Beaudoin.)

Ma conclusion générale sur les rétrodéviations, compliquées de lésions inflammatoires utérines ou pelviennes est donc que :

1° Il faut s'efforcer d'abord, par une thérapeutique d'attente, d'obtenir la preuve que le déplacement seul, débarrassé de tout autre élément morbide est bien la cause de troubles persistants. Cette preuve sera obtenue le plus souvent.

2° La disparition temporaire ou définitive des symptômes, concurremment à la disparition des lésions, indique qu'il faut s'en tenir à une thérapeutique d'attente; sans négliger toutefois de recourir à l'emploi du pessaire, en vue de la restitution intégrale de la statique pelvienne normale d'abord, mais surtout en vue de rétablir la possibilité du fonctionnement physiologique, de faciliter la fécondation et le cours régulier de la menstruation. La négligence de l'emploi du pessaire, ou une application défectueuse de cet appareil, ou sa suppression prématurée, ramènent trop souvent les troubles un instant disparus; et la permanence comme le retour de la déviation, créent un état antiphysiologique défavorable à la menstruation et à la fécondation, autant que fâcheux pour l'intégrité du rôle mécanique du plancher pelvien.

3° En cas d'échec de cette thérapeutique minima, la question reste entière. L'expérience montre que, s'il existe des lésions pelviennes et des adhérences utérines, il faut se tourner du côté des opérations qui permettent d'atteindre, de guérir ces lésions, et en même temps de redresser définitivement l'utérus.

Dans les cas tout à fait simples, où il ne s'agit que de métrite, la combinaison des opérations sur l'endometrium et le col, doit s'effectuer avec celles qui visent la réduction et la fixation de l'utérus par l'extérieur, c'est-à-dire le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Comme considération extrêmement importante, j'ajoute que, chaque fois que le traitement *minimum*, tel qu'il a été envisagé, contre les lésions de l'utérus ou des annexes, comporte un acte ayant un caractère nettement chirurgical, c'est-à-dire une opération véritable, c'est une faute que de se limiter à ce minimum; il convient au contraire d'aller jusqu'au bout des indications et d'assurer toujours la réduction définitive de l'utérus par un procédé approprié, ce qui dispense de l'usage du pessaire, qui n'est point sans inconvénient. Ici la multiplicité et le nombre des opérations combinées, n'est plus un excès chirurgical : car loin de dépasser le but, comme le font les mutilations inutiles, elle devient la conséquence logique des indications, tirées de l'état morbide considéré dans tous ses éléments sans exception, et permet d'atteindre l'idéal physiologique tout en restant l'idéal conservateur.

II

Il est une deuxième catégorie de rétrodéviations dues à la faiblesse, native ou acquise des ligaments. Dans cette catégorie, c'est l'élément musculaire surtout, non l'élément fibreux comme on l'a dit, qui se trouve soit foncièrement, soit accidentellement affecté.

La déviation *de faiblesse* existe, au même titre que la déviation nerveuse, tenant à une parésie temporaire de la musculature pelvienne.

La première est rarement curable autrement que par des opérations combinées en vue de réparer les désordres associés de la déviation en arrière, et de la chute concurrente des parois vaginales affaiblies.

Je n'ai obtenu de résultats positifs et durables que par l'emploi simultané de ces procédés.

J'ai observé, dans ces cas, l'échec habituel des pessaires. J'ai rencontré même des femmes chez lesquelles le port de ces appareils, dont les dimensions avaient été augmentées progressivement pendant de longues années, au fur et à mesure de leur insuffisance, avait déterminé des déformations génitales excessives, sans avoir corrigé la déviation ni modifié notablement les symptômes morbides.

La déviation accidentelle, d'origine exclusivement ou partiellement *névropathique*, que j'ai signalée depuis longtemps, est passible de tous les traitements non opératoires et guérit souvent à la suite de l'amélioration de l'état nerveux morbide. Elle est toujours amendée, de ce fait, sinon toujours guérie.

III

La catégorie la plus fréquente des rétrodéviations est celle qui a une origine *traumatique*.

Les traumatismes obstétricaux, les opérations, les anomalies de l'accouchement en sont la cause la plus fréquente. Je me dispenserai de les examiner en détail. Je ne ferai que signaler les traumatismes accidentels non obstétricaux, amenés sur les ligaments ou les éléments fibreux et musculaires du bassin par une chute, un effort violent, etc.

Je ferai remarquer, en outre, que souvent ces violences accidentelles, qui semblent causer la déviation au moment même, ne font qu'accentuer un état existant, mais encore virtuel et modéré.

Revenant aux vrais traumatismes obstétricaux, il faut reconnaître qu'ils sont de degrés divers, allant depuis la simple distension exagérée des tissus jusqu'aux éraillures, et aux déchirures complètes de ces mêmes tissus.

Leur siège porte sur des régions différentes; elles s'exagèrent sur certains points d'une façon plus marquée. Les aponévroses pelviennes, les ligaments antérieurs, postérieurs et latéraux de l'utérus, les muscles volontaires tels que le releveur anal et les muscles du périnée, le col utérin, les parois du vagin, etc., sont lésés simultanément ou isolément. Ce n'est pas le lieu d'insister. Or, chacun de ces éléments a un rôle à jouer dans la statique de l'utérus. Du fait de leur altération, cette statique est compromise plus ou moins sérieusement, cela est indubitable.

Tout traumatisme obstétrical n'est pas suivi de lésions définitives, fort heureusement. Il peut se réparer spontanément et rester sans conséquences.

Les traumatismes légers mais répétés dans des accouchements successifs et non réparés, créent, à la longue, les cas pathologiques persistants, au même titre que les grandes déchirures produites par les grandes violences obstétricales.

J'ajouterai enfin que les déviations de cet ordre se compliquent assez souvent des *lésions inflammatoires* envisagées isolément tout à l'heure. Cette combinaison ne fait rien perdre aux conclusions déjà émises. Tout au contraire, les nouvelles conclusions qui vont suivre doivent être appliquées par surcroît aux cas de la première catégorie, tout comme celles qui visaient ces cas précis gardent toute leur valeur pour la présente catégorie.

Cela me dispense de m'égarer en dehors viations purement traumatiques et de me aux considérations qui leur appartiennent en

Tout d'abord, il importe, au point de vue tement, de les bien diviser en rétrodéviati*centes* et en rétrodéviations *invétérées*.

A. = Les premières sont parfois suscepti guérison par les moyens orthopédiques; jugement auquel j'adhère entièrement.

Mais, après expérience faite pour chaque l'emploi de ces moyens auxquels on peut aj massage et les autres ressources thérape analogues, la gynécologie opératoire doit n rement intervenir. Quelle doit être l'interven

Il est difficile de faire de bonne thérap sans établir au préalable une bonne pathog

De l'étude détaillée des lésions élementai se déduire l'indication sériée du traitement.

Je me sépare entièrement de ceux de me gues qui veulent qu'on adopte un précepte u pour tous les cas.

Je ne peux donc adopter les conclusi M. Pozzi, qui, exagérant, à mon avis, la fréqu l'importance de la *métrite*, y voit le princi ment pathologique à supprimer, et y ajoute, cas de lacération périnéale, la colpopérinéorr en insistant sur la nécessité de réduire l'orif vaire aux moindres proportions possibles, pa là est, pour lui, un des principaux inconvén la maladie.

Cette manière de procéder, qui prétend à plification du traitement, m'a donné de no mécomptes au début de ma pratique. C'est thode exclusivement employée jusqu'en 1884, où l'on réhabilita le procédé opératoire de ré durable de l'utérus par l'opération d'Alexan paravant, en effet, on se bornait aux opérati tiques d'après les méthodes allemandes, en tant, suivant les cas, les opérations sur le co

Je ne puis accorder réellement qu'un p lequel semble s'être exclusivement fixée l'a de M. Pozzi; c'est que, dans les formes r où la rétrodéviation est intermittente, dispa aujourd'hui, se reproduisant demain, par l'eff fatigue ou du simple décubitus, la méthode a peut réussir. Dans ces cas, où l'étape franch lésion n'est pas encore considérable, où il *mobilité anormale* de l'utérus, si l'on pr mot, il suffit de restaurer le plancher pelvi arrêter l'évolution des troubles mécaniques rayer la dislocation, tout au moins pour main déviation à un degré tolérable.

Mais, et j'y insiste, ces cas ressortisse faibles degrés de la déviation, presque touj sociée à la descente de la matrice. Il s'agit al utérus qui s'abaisse parce que ses moyens pension sont affaiblis. Le prolapsus de l'orga mente progressivement après une période d tions d'une durée variable; il se rétrod l'unique raison que, en vertu des lois méc connues, le plancher pelvien fléchissant de plus, l'utérus ne peut descendre qu'en se dans l'axe de l'ouverture vaginale; il ne pe au mouvement de propulsion que lui commu pression abdominale qu'en s'engageant dans voie de sortie qui lui est offerte. A ce mom vant les circonstances, ou bien il se hernie ment vers la vulve et ce qu'on observe alors, prolapsus très accentué; ou bien il se luxe en et bascule définitivement dans le Douglas. de cet instant, les ligaments antérieurs et pos ont subi le maximum de tiraillement et sont pour le maintien de l'organe.

Mais il est aisé de concevoir que si l'opéra tervient avant ce moment si périlleux pour tique utérine, une bonne opération sur le co trophié et une colpopérinéorraphie bien fai tent le mouvement de descente en allégeant de la matrice et en relevant le plancher péri vien. Les ligaments encore actifs et suscepti recouvrer leur ressort primitif, grâce à l'a leur apporte cette double intervention, rep alors leur rôle normal : les ligaments ronds le fond en avant, les ligaments utéro-sacrés ra le col en arrière et, sans effort désormais, s nent leur rôle physiologique qui consiste, no suspendre la matrice, mais à limiter les d ments physiologiques en avant et en arrière impose le jeu des organes voisins, la vess rectum.

C'est ainsi qu'agissent le pessaire, les tamp réductions répétées à la sonde, aidés du r

me et excite l'action nerveuse sur les liga-
ont la structure est musculaire, il ne faut
blier. Assurément, la colpopérinéorraphie
rable à ces moyens, car elle reconstitue défi-
ent le support pelvien.
les limites que je dois, de par les faits, assi-
'action de cette méthodo opératoire incom-
à toutes les interventions incomplètes de
rdre.
succès est, même dans des cas favorables en
ce, fort problématique. Je les ai vus échouer
fois.
lépend pas toujours, en effet, du gynécologue
r si le mal est ou n'est pas trop ancien; de
tactement de l'état actuel des ligaments, ni
r qu'ils pourront reprendre leur rôle ulté-
ent. Un bon nombre d'échecs sont là pour
e négativement.
rs la maladie, reste entière, en ce qui con-
dislocation utérine, encore que le remède
méliorer certains symptômes.
t alors que les malades souffrent moins, ou
ffrent pas d'une façon constante, ou ne
t plus du tout. Peut-on dire que d'autres
mes que la douleur aient également disparu?
rie, la compression du rectum, l'incapacité
travail régulier, les réflexes nerveux, les
s menstruels, l'inaptitude à la fécondation
istent-ils pas plus ou moins? Assurément si.
a vérité pour beaucoup de cas dans lesquels
déviation en tant que dislocation n'a pas été
r l'intervention, et il faut bien qu'il en soit
isque dès longtemps on adjoignait le pessaire
érations plastiques, et puisqu'on a senti plus
nécessité de compléter celles-ci par la fixa-
l'utérus en avant.
onclusion est donc que c'est là une méthode
efois bonne, souvent insuffisante pour assurer
ison. Et j'ajoute encore ici que, puisque cette
le est de nature chirurgicale, l'indication
est de la faire aussi complète que possible
eu que le pronostic du succès soit douteux,
nséquent de la compléter par la fixation du
e l'utérus en avant.

Pour les cas ou la rétrodéviation est invétérée,
e fond de l'utérus refoulé en bas de plus en
profondément défoncé et élargi le cul-de-sac
glas, où il a même repoussé en avant la sangle
leveur et fait saillie sous la paroi vaginale
ieure; pour les cas plus accentués encore où
paroi postérieure se hernie vers la vulve en
temps que le fond de l'utérus renversé, les
ions plastiques sont matériellement insuffi-
et inefficaces.
lus forte raison si la paroi vaginale antérieure
le-même affaiblie et affaissée, le col utérin
trophié et l'isthme allongé, le périnée lacéré
llement ou complètement, sans préjudice des
ications inflammatoires.
r toutes ces espèces, l'obligation, sous peine
ec, d'associer les opérations plastiques à la
n de l'utérus, après réduction, devient for-

rès douze années d'expérience et l'observation
grand nombre de cas, ce précepte des *opéra-
combinées*, que j'ai le premier tracé en 1887,
ngrès de New-York, avec une série de 15 cas,
venu une règle impérieuse.
ever une à une chacune des lésions résultant
aumatisme ou de l'inflammation, apprécier par
rocédés cliniques l'état de chaque élément in-
sé à la statique pelvienne et utérine, apprê-
aussi exactement que possible le degré de
ue lésion et établir le programme opératoire,
st le principe de ma conduite thérapeutique.
ue intervention n'est pas ici une opération,
bien un temps opératoire; donc peu importe
ortance de la série, si elle est raisonnablement
utable en une séance qui ne dépasse pas une
e à une heure et demie pour les plus compli-
s.
s opérations de ce genre les plus complètes que
été amené à exécuter, se composaient: 1° Du
ttage utérin; 2° De l'opération plastique de
œder sur le col; 3° De la colporrhaphie anté-
re; 4° De la colpopérinéorraphie avec obligation,
5 cas, d'extirper une glande vulvo-vaginale
urée; 5° Du raccourcissement des ligaments
ls ou de l'ouverture de l'abdomen pour l'ablation
atérale des annexes malades suivie de l'hystéro-
e.
ais ces combinaisons opératoires sont excep-
tionnelles fort heureusement, car elles réclament le maximum de temps. Il est à noter que l'on peut restreindre beaucoup la quantité de chloroforme et que la perte de sang est insignifiante. Je ferai remarquer, néanmoins, que la plupart des temps est facilité singulièrement par la lésion même, comme l'opération plastique de Schrœder qui peut se faire en dix à douze minutes, dans la plupart de ces cas sur un col qu'on abaisse à volonté; le curettage n'exige guère que cinq à six minutes.

La colporraphie antérieure n'est pas une opération longue.

Quant à la colpopérinéorrhaphie, le temps le plus long, je l'ai remplacé par la colpopérinéoplastie par glissement, qui est une opération facile et singulièrement rapide, à laquelle je trouve cet autre avantage de ramener en avant et de tendre utilement le faisceau ansiforme du releveur.

Quant au temps ultime qui consiste à fixer l'utérus en avant, sa longueur dépend du choix du procédé, et c'est ici que se placerait la discussion du choix entre les différents moyens dont les uns consentent à reporter le col utérin en arrière par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, dont les autres consistent à ramener le corps en avant par: 1° le raccourcissement des ligaments ronds, soit à l'anneau inguinal, soit par le ventre, soit par la cœliotomie vaginale antérieure; 2° La suture de la face antérieure et non du fond de l'utérus à la paroi abdominale à des hauteurs différentes par la laparotomie; 3° La suture de l'utérus à la vessie ou au vagin par la cœliotomie antérieure.

Enfin quelques auteurs ont proposé de combiner par la laparotomie, le raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés simultanément; récemment la même combinaison a été pratiquée par la voie vaginale, grâce à l'ouverture successive des deux culs-de-sac du vagin. Je n'ai aucune expérience de ces opérations par le vagin. Deux motifs m'en ont toujours éloigné: d'abord le raisonnement où j'ai puisé des arguments contre ces pratiques qui semblent se discréditer aujourd'hui par les dangers qu'ils font courir à la parturition; ensuite ce fait bien simple, que je me suis toujours très bien trouvé de ma pratique de l'opération d'Alquié-Alexander et de l'hystéropexie, et n'ai point ressenti la nécessité de chercher mieux.

Je dirai de suite, pour n'y plus revenir, que je réserve l'hystéropexie à la rétrodéviation compliquée d'annexite ou de tumeurs abdominales quelconques.

Je pratique la suture assez bas sur la face antérieure de l'utérus pour ne point qu'elle gêne ultérieurement le développement gravidique de l'organe. Sur mes opérées par l'hystéropexie, je ne connais pas d'accident du genre de ceux qui ont été signalés. Deux malades, l'une opérée par Albarran, l'autre par Pichevin, ont récemment accouché dans mon service sans complication. Dans un cas de paroi abdominale très relâchée et amincie, chez une femme de petite taille, j'ai observé une profonde ombilication de la cicatrice. J'ai pu constater plus tard, en opérant son éventration, que l'adhérence utéro-péritonéale s'était convertie en un pédicule mince, de plusieurs centimètres de longueur.

L'éventration et l'allongement de l'adhérence suivies du retour de l'utérus en mauvaise position est presque toujours la conséquence de ce qu'on néglige de refermer le support de l'utérus: le plancher pelvien. Avec cette précaution et une bonne suture, la fixation résiste bien, même à des grossesses répétées, sans avortement ni accouchement prématuré.

Néanmoins, l'hystéropexie est une opération qui crée une *anomalie*; elle est antiphysiologique, et bien qu'on se plaise peut-être à en exagérer les conséquences, elle doit être une opération de nécessité et non de choix. Inutile, sans doute, après l'ablation bilatérale des annexes, il est prudent de fixer l'utérus après l'ablation unilatérale, ou la simple rupture des adhérences.

A la suture directe de l'utérus à la paroi, je préfère encore le raccourcissement des ligaments ronds par fixation et suture de ces ligaments dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

J'avoue que, souvent, le scrupule et la crainte de ne point assurer suffisamment par ce moyen le succès m'ont rendu méfiant pour cette technique employée seule, et que j'ai associé volontiers les deux manières de faire.

Pour l'opération d'Alquié-Alexander, j'en suis resté, depuis 1885, un partisan fervent.

Je considère cette opération comme très sûre et à peu près toujours exécutable par la voie inguinale; à défaut de celle-ci, la voie abdominale ne me répugne aucunement, mais je place la voie inguinale en première ligne parce qu'elle est extérieure, mieux acceptée par les malades et tout aussi simple.

Elle ne laisse d'ailleurs qu'une cicatrice insignifiante cachée par les poils du pubis et invisible. Je l'ai exécutée environ 150 fois. Elle n'a jamais été suivie, à ma connaissance, chez mes opérées, dont j'ai pu obtenir des nouvelles récentes, de douleurs locales ni de hernies. Les premières s'évitent par la résection soigneuse des filets nerveux au moment de l'opération, et la hernie par la fermeture très exacte de l'orifice inguinal ainsi que du trajet.

Une bonne asepsie met à l'abri de la suppuration; il y faut ajouter l'occlusion absolue de chacune des plaies par un pansement antiseptique collodionné.

Une large suture réunissant les tissus profonds au tégument, prévient le décollement et l'infiltration sanguine.

Ces derniers inconvénients de l'opération, observés par moi de temps à autre, au début de ma pratique, ont disparu avec une meilleure technique.

Les suites éloignées de l'opération n'ont aucune conséquence pour la gestation, en même temps que, sans conteste possible, le redressement utérin favorise la fécondation chez les femmes stériles. Les quelques échecs que j'ai observés à mes débuts, ont tenu à ce que le retour de la rétrodéviation a été le fait d'adhérences anciennes mal libérées, ce qui m'a fait renoncer à la voie inguinale et préférer la voie abdominale pour ces cas.

Un dernier point reste à liquider. Même avec le raccourcissement des ligaments ronds, si le fond de l'utérus est ramené en avant, le col, dans certains cas, ne revient point suffisamment en arrière. L'utérus est en quelque sorte suspendu presque verticalement. C'est lorsque le cul-de-sac de Douglas a été profondément défoncé qu'il existe une colpocèle rétro-cervicale très accentuée à laquelle le procédé rapide de la colpo-perinéoplastie ne touche pas.

C'est pour ces cas qu'on a imaginé la résection du cul-de-sac vaginal postérieur suivi de sa suture; cela équivaut à réséquer les ligaments utéro-sacrés eux-mêmes, puisque, en fait, le col est reporté vers le sacrum et qu'à la longue les cordons musculaires se reconstituent. Mais, ainsi que l'a fait remarquer Sœnger, en 1891, l'opération que j'ai proposée et que j'exécute, dans ces cas, à savoir la colporraphie rétro-cervicale large qui, en somme, supprime toutes les couches du cul-de-sac, sauf le péritoine, donne un résultat identique.

Je la pratique donc d'abord, et je la complète en avant par mon procédé de périnéoplastie par glissement. Ce sont deux opérations plastiques isolées sur la même paroi postérieure du vagin, mais leur exécution est encore plus rapide que la colpo-périnéorraphie ancienne par les méthodes de Schrœder ou de Martin. Par cette association opératoire, quand elle est jugée nécessaire, l'utérus est reporté et fixé en position normale, suivant les lois physiologiques.

Je termine enfin par cette conclusion: que la simple fixation de l'utérus, par un quelconque des procédés connus, est insuffisante dans les formes dont je m'occupe, si on n'y ajoute les opérations plastiques. Les deux méthodes ne peuvent point suppléer l'une à l'autre; loin de s'exclure elles doivent se compléter nécessairement. Elles constituent ma méthode déjà ancienne des *opérations combinées*, qui remonte à dix ans.

J'ai à peu près constamment reconnu les effets fâcheux de la négligence d'un seul des temps opératoires, quand l'indication en existait au moment de l'intervention. Il m'est arrivé d'avoir à faire des traitements complémentaires soit sur quelques-unes de mes opérées, soit sur des malades opérées par d'autres chirurgiens. Ces expériences m'ont rendu de plus en plus scrupuleux dans l'application du traitement combiné intégral.

Ainsi compris et exécuté il réalise l'idéal thérapeutique: disparition de tous les symptômes morbides sans exception; — restitution des organes en l'état normal; — restitution des fonctions physiologiques ou amélioration de ces fonctions. Je compte dans ma statistique plusieurs femmes, stériles jusque-là, qui ont eu jusqu'à trois et quatre grossesses.

L'Éditeur-Gérant: Georges Carré

Paris. — Imprimerie L. Marethieux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

LACTO-FER du Dr GISCARD

Marque de Fabrique déposée

C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais. Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.
DOSE : 2 à 5 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : GHASSEREAU-MÉNARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière.

Institut Bactériologique de la Société chimique des Usines du Rhône (Lyon)
ANCIENNEMENT GILLIARD, P. MONNET ET CARTIER
Désinfection à domicile par les Vapeurs de Formaldéhyde
Procédé TRILLAT, Formochlorol, breveté S. G. D. G.
POUR LICENCES EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER, s'adresser à l'Administration de la SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, à LYON, seule concessionnaire de ce procédé

PHOSPHATE-DE-SOUDE BRUNOT

Vin Brunot
Phosphate Brunot Granulé
Phosphate Brunot Injectable

DÉPÔT GÉNÉRAL : *10, rue de Chaillot, 10* - PARIS.
LABORATOIRE : *à Saint-Médard* - BORDEAUX.

DRAGÉES ST-ANDRÉ MAYNIEL, Phen BOULOGNE-PARIS — Diathèse urique — GOUTTE, GRAVELLE, Rhumatisme chronique, néphrit — 2 A 4 PAR JOUR.
Une Dragée contient : Carb. lithine 0.05, Benz. lithin Salicylithine 0.04, Colchicine 1/10 de mill. Une Dragée 0.50 d'acide urique pr transformer en urate soluble é

ANESTILE BENGUÉ à JET VARIABL
(Mélange de Chlorure d'Ethyle et de Méth
ANESTHÉSIE locale, NÉVRALGIES

Dr BENG
34, Rue La Bru
PARIS

GLYCÉRO-PHOSPHATES

ELIXIR { à base de GLYCÉROPHOSPHATES de de CHAUX et de MAGNÉSIE
Associés à l'ELIXIR de STOUGHTON et au SULFATE de STR

SIROP { à base de GLYCÉROPHOSPHATES de et de MAGNÉSIE
Indispensable à la Thérapeutique infant

GRANULÉ { de GLYCÉROPHOSPHATE de neutre et entièrement assimila

SOLUTION Injectable { de GLYCÉROPHOSPHATE
Maladies de la Moelle. — rebelles. — Aliénation

PHARMACIE BRUEL, à BÉCON-les-BRUYÈRES (Seine)
et dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle

NOURRICES LES GALACTOGÈNES JOLIV
(SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité quantité du lait des nourrices et constituent le leur tonique aussi bien pour la mère que pour l'e pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fbg St-Hon Paris. Envoi fco d'un Sel contre 3f,3 flac. Sirop fco gar

TUMEURS -- CANCERS TRAITEMENT PAR THUYA WUH
Observations cliniques par les Drs Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Fuaquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHRLIN, 11, r. Lafayette,

Le plus Puissant Remède contre
LES VARICES, HÉMORRHOÏDES
ACCIDENTS DE RETOUR D'AGE
HÉMORRHAGIES et toutes les Maladies du système VEINEUX
PRIX : 3f60
HAMAMÉLIDINE LOGEAIS
Mode d'Emploi
de 15 à 20 goutte trois fois par jour, à distance des repa
ENVOI GRATUIT D'ÉCHANTILLONS sur demande.
DÉPÔT : Phie LOGEAIS, 37, Avenue Marceau, Par

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S.G.D.G.
Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.
HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.
HYGIÈNE PRIVÉE Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.
Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.
PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES
Vente en Gros : MM. J. HAYEM et Cie, *Paris;* A. GRANDJEAN et Cie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 cen grammes de Protoxalate de Fer. Une à deux Dragées au début d deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.